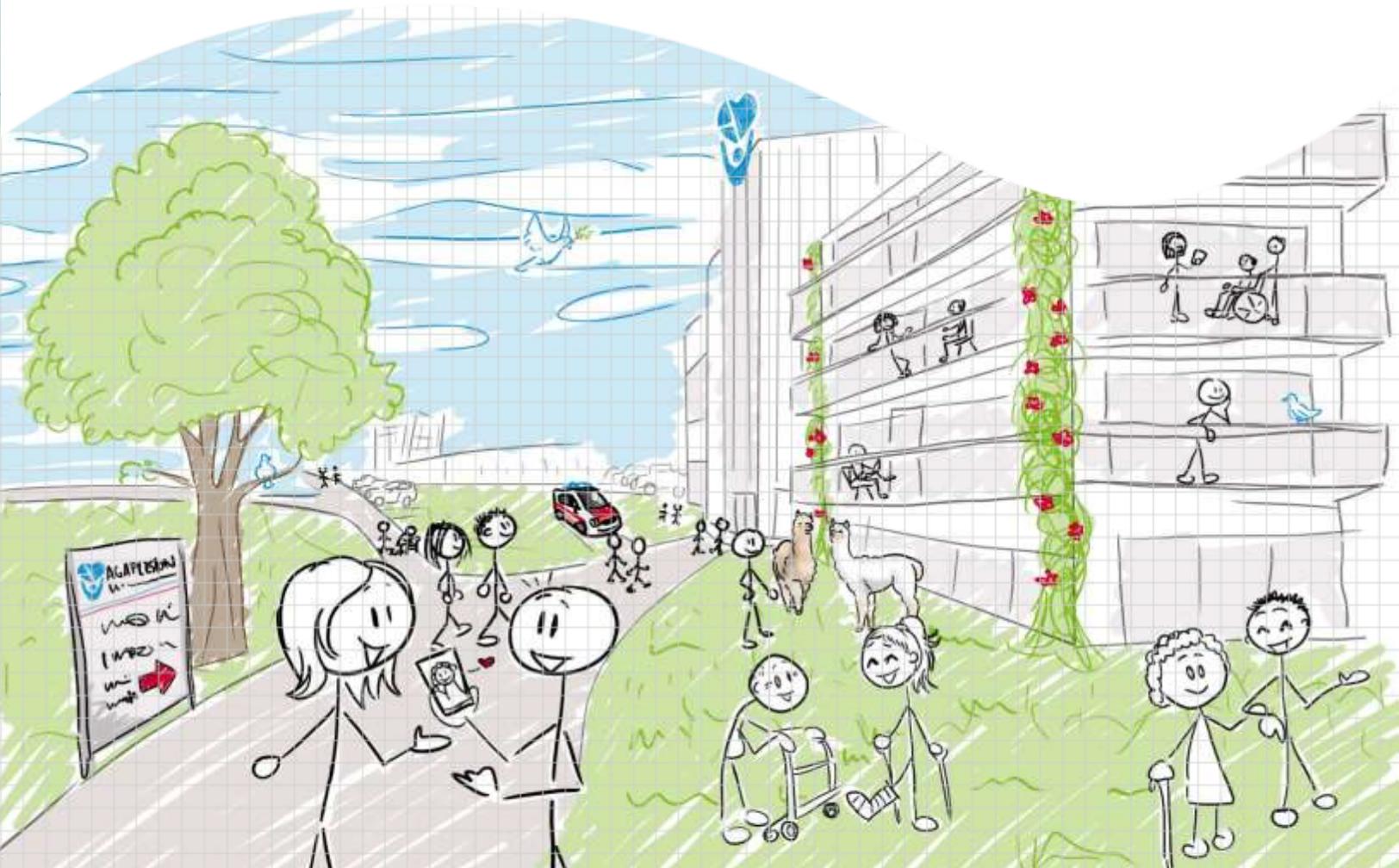


Qualitätsbericht 2020

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2020

Erstellt am 31.12.2021



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts..7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers 11
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 11
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 11
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 12
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 14
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit..... 15
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses 16
A-9	Anzahl der Betten..... 17
A-10	Gesamtfallzahlen..... 17
A-11	Personal des Krankenhauses 18
A-12	Umgang mit Risiken in der Patient:innenversorgung..... 28
A-13	Besondere apparative Ausstattung 43
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 43
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen44
B-1	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik..... 44
C	Qualitätssicherung56
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 56
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 56
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 59

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	59
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	59
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	60
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	60
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	60
D	Qualitätsmanagement	61

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Leitung Medizinmanagement und Qualität
Titel, Vorname, Name	Frau Maren Eggeling
Telefon	04261/77-2462
Fax	04261/77-2626
E-Mail	m.eggeling@diako-online.de



Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Detlef Brünger
Telefon	04261/77-2203
Fax	04261/77-2002
E-Mail	d.bruenger@diako-online.de



Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

<http://www.diako-online.de>

Link zu weiterführenden Informationen:

<http://www.agaplesion.de>

Frankfurt am Main, im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

am 31. Dezember 2021 sind genau zwei Jahre vergangen, als die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals über Fälle von Lungenentzündung mit unbekannter Ursache in Wuhan in Kenntnis gesetzt worden ist. Hierzulande wähten wir uns in Sicherheit, verorteten Epidemien und Seuchen in andere Regionen dieser Welt. SARS-CoV-2 hat uns gezeigt: Auch wir sind verwundbar. Unser Sicherheitsgefühl ist von jeher trügerisch.

Die Gesundheit und auch der Schutz unserer Patient:innen und Mitarbeiter:innen haben für uns immer höchste Priorität. Die Pandemie hat uns allen – auch der Öffentlichkeit – schmerzlich vor Augen geführt, wie verletzlich wir trotz höchster Schutzmaßnahmen in solch einer Ausnahmesituation sind. Die gesetzlichen Qualitäts- und Sicherheitsauflagen waren enorm hoch und wurden sofort umgesetzt. Dennoch haben viele Menschen aus Angst vor einer Ansteckung nach Alternativen zu einer stationären Behandlung gesucht. Oder sie haben eine Behandlung aufgeschoben, teils mit schweren gesundheitlichen Folgen.

Corona wird häufig als „Ausnahmezustand“ und „Krise“ bezeichnet. Das ist auch richtig. Das Virus hat eine große Verunsicherung in uns allen ausgelöst und den Blick nach „innen“ gelenkt. In unsere Seele. Für uns war es eine bedrückende Erfahrung, dass zugewandte Medizin und Pflege in der Pandemie nur sehr schwer umzusetzen waren. Schutzvorkehrungen und Distanzgebot haben feste Grenzen gesteckt.

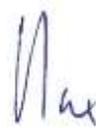
Doch nicht nur eine Pandemie kann die Seele in einen Ausnahmezustand oder in eine Krise stürzen, sondern auch Krankheiten oder der Alterungsprozess mit seinen vielfältigen Einschränkungen. Wir bei AGAPLESION wollen unseren Patient:innen in jeder Krisen, in jedem Ausnahmezustand, in jeder Lebensphase zur Seite stehen und uns Körper und Seele annehmen. Dieser Anspruch basiert auf der christlichen Tradition unserer bundesweiten Einrichtungen.

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie haben uns neu sensibilisiert für unsere Bedürfnisse, für unser Seelenheil. Wir wollen alles dafür tun, dass sich unsere Patient:innen gut bei uns aufgehoben wissen. Denn bei uns steht der Mensch mit all seinen Facetten im Mittelpunkt. Echte Qualität ist für uns immer: ganzheitlich.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Vorwort der Klinik

Rotenburg (Wümme), im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

„Qualität lässt nach, wenn man sie nicht verbessert.“ Das AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG als das größte konfessionelle Krankenhaus in Niedersachsen und Maximalversorger weiß sich u.a. diesem Diktum von Georg-Wilhelm Exler verpflichtet. Mit unseren rund 2.500 Mitarbeitenden inkl. Tochtergesellschaften und ca. 225 Auszubildenden arbeiten wir Tag und Nacht für die bestmögliche Versorgung und Behandlung von Patient:innen. Nicht umsonst kommen jährlich ca. 28.000 vollstationäre, 700 teilstationäre und 120.000 ambulante Behandlungsfälle sowie 23.000 ambulante Notfälle in unsere Häuser. Dafür stehen rund 800 Betten in 23 Fachabteilungen zur Verfügung. Rund 1.200 Kinder werden jedes Jahr im Diakonieklinikum geboren.

Der strukturierte Qualitätsbericht des AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUMS ROTENBURG soll Ihnen wie in den Vorjahren wieder als Orientierungshilfe dienen und zu mehr Leistungs-Transparenz beitragen. Der Qualitätsbericht zeigt unsere Strukturdaten, unsere QM-Prozesse und unser Leistungsspektrum aus dem Jahr 2021 auf.

Das ist uns wichtig aus mehreren Gründen:

1. Qualität ist keine abstrakte Größe: Qualität definiert sich vielmehr durch operationalisierte Prozesse und Ergebnisse und ist das Resultat einer interdisziplinären Teamleistung. Dafür sind wir dankbar und stolz zugleich.
2. Qualität wirkt nach innen: Unsere Mitarbeitenden eint ein Team-Spirit, der an dem zu behandelnden Menschen ausgerichtet ist. Dabei ist die professionelle Qualität in den unterschiedlichen Bereichen eine integrale Notwendigkeit.
3. Qualität wirkt nach außen: In der Akzeptanz und im Miteinander anderer an der Gesundheitsvorsorge beteiligter Player ist das stärkste Argument die Qualität der verschiedenen Leistungen. Unsere Qualitätsorientierung übersetzt sich daher in erster Linie als höchste Verantwortung für die Patient:innen.

Bei Fragen steht Ihnen unsere Qualitätsmanagerin, Frau Franziska Boller, unter der Telefonnummer (04261) 77-2104 oder per E-Mail zur Verfügung: f.boller@diako-online.de

Weitere Informationen finden Sie unter www.diako-online.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Geschäftsführer Detlef Brünger, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



Detlef Brünger
Geschäftsführer
AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH
Hausanschrift	Elise-Averdieck-Str. 17 27356 Rotenburg (Wümme)
Zentrales Telefon	04261/77-0
Fax	04261/77-2002
Zentrale E-Mail	info@diako-online.de
Postanschrift	Postfach 1211 27342 Rotenburg (Wümme)
Institutionskennzeichen	260330452
Standortnummer (alt)	99
URL	http://www.diako-online.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor, Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer
Telefon	04261/77-3200
Fax	04261/77-3232
E-Mail	rieket@diako-online.de



Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Stellvertretender Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Feldmann
Telefon	04261/77-2840
Fax	04261/77-2838
E-Mail	m.leskien@diako-online.de



Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin		
Funktion	Pflegedirektor	
Titel, Vorname, Name	Herr Olaf Abraham	
Telefon	04261/77-2401	
Fax	04261/77-2629	
E-Mail	brunckhorst@diako-online.de	

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Geschäftsführer	
Titel, Vorname, Name	Herr Detlef Brünger	
Telefon	04261/77-2202	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	d.bruenger@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Ärztlicher Direktor	
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer	
Telefon	04261/77-3200	
Fax	04261/77-3232	
E-Mail	rieket@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Kaufmännischer Direktor, Prokurist	
Titel, Vorname, Name	Herr Klaas-Konrad Behrens	
Telefon	04261/77-2204	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	klaas-konrad.behrens@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Theologischer Direktor	
Titel, Vorname, Name	Pastor Matthias Richter	
Telefon	04261/77-2101	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	iris.kahnert@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	CTheologischer Direktor (seit Februar 2021)
Titel, Vorname, Name	Pastor Lars Wißmann
Telefon	4261/77-2101
Fax	4261/77-2667
E-Mail	Lars.Wissmann@diako-online.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Verwaltungsleiterin
Titel, Vorname, Name	Frau Ann-Kathrin Röne
Telefon	4261/77-2101
Fax	4261/77-2667
E-Mail	Ann-Kathrin.Roene@diako-online.de



Allgemeine Kontaktdaten des Standortes

Standort

Standortname:	AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH
Hausanschrift:	Verdener Straße 200 27356 Rotenburg
Telefon:	04261/77-6402
Fax:	04261/77-6402
E-Mail:	kjp@diako-online.de
Postfach:	1211 27356 Rotenburg (Wümme)
Institutionskennzeichen:	260330452
Standortnummer aus dem Standortregister:	773302
URL:	http://www.diako-online.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Malte Mechels
Telefon	04261/77-6401
Fax:	04261/77 - 6405
E-Mail	Malte.Mechels@diako-online.de



Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin		
Funktion	Pflegedirektor	
Titel, Vorname, Name	Herr Olaf Abraham	
Telefon	04261/77-2401	
Fax	04261/77-2629	
E-Mail	Olaf.Abraham@diako-online.de	

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Geschäftsführer	
Titel, Vorname, Name	Herr Detlef Brünger	
Telefon	04261/77-2202	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	d.bruenger@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Ärztlicher Direktor	
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Reinhard Kiefer	
Telefon	04261/77-3200	
Fax	04261/77-3232	
E-Mail	rieket@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Kaufmännischer Direktor, Prokurist	
Titel, Vorname, Name	Herr Klaas-Konrad Behrens	
Telefon	04261/77-2204	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	klaas-konrad.behrens@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin		
Funktion	Theologischer Direktor	
Titel, Vorname, Name	Herr Matthias Richter	
Telefon	04261/77-2101	
Fax	04261/77-2002	
E-Mail	iris.kahnert@diako-online.de	

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Theologischer Direktor (seit Februar 2021)
Titel, Vorname, Name	Pastor Lars Wißmann
Telefon	04261/77-2101
Fax	04231/77-2667
E-Mail	Lars.Wissmann@diako-online.de



Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Verwaltungsleiterin
Titel, Vorname, Name	Frau Ann-Kathrin Röhne
Telefon	04261/77-2101
Fax	01261/77-2667
E-Mail	Ann-Kathrin.Roene@diako-online.de



A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Krankenhasträger

Name	AGAPLESION gemeinnützige AG (60%), Evangelisch-lutherisches Diakonissen-Mutterhaus Rotenburg (Wümme) e.V. (40%)
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart

Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	
MP53	Aromapflege/-therapie	Informationsveranstaltungen im Rahmen der zertifizierten Krebszentren; geschultes Pflegepersonal auf Station
MP54	Asthmaschulung	im Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) / Kinderklinik "Asthma-Schulung – Luftiku(r)s für ein sicheres Gefühl"
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Mitarbeiter:innen der Physiotherapie übernehmen die Atemgymnastik
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	über den Sozialdienst
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Ernährungsambulanz, Ernährungsteam, Adipositas-seminar
MP69	Eigenblutspende	Autologe Hämotherapie: Als fremdblutsparende Maßnahmen kommen in unserem Krankenhaus die maschinelle Autotransfusion und die präoperative Eigenblutspende bei ausgewählten Indikationen zum Einsatz.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Organisation der erforderlichen ambulanten und stationären Weiterbehandlung oder häuslichen Krankenpflege bis hin zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln;
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Die Ergotherapie steht ambulanten und stationären Patient:innen offen. Die Praxis arbeitet sehr eng mit der Logopädie und dem Rehasentrum zusammen. So eröffnet sich ein umfassendes therapeutisches Angebot für Kinder und Erwachsene.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege, Case-Management, Bereichspflege, Primary Nursing
MP18	Fußreflexzonenmassage	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	innerhalb der Ergotherapie
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	u.a. Ausstellungen, Vernissagen und verschiedene Projektgruppen über die Ergotherapie
MP25	Massage	gemeinsam mit AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	z.B. Unterricht für schulpflichtige Kinder, Stationäre pädagogische Projekte
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG u.a. Kinesiotape, Wärmetherapie (Fango / Heißluft), Kältetherapie (Eis), Elektrotherapie / Ultraschall, Bewegungsbad
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	Psychoedukation, Einzel- und Gruppentherapien: Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie sowie Angebote des Sozialpädiatrischen Zentrums
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP37	Schmerztherapie/-management	Ambulante Therapie in der Schmerzzambulanz
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Diabetes-Schulungen bei Typ 1, Typ 2-Diabetikern (auch stationär) und Gestations-Diabetes mellitus, Diabetesambulanz,
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten, Hygienefachkraft, Notfallbeauftragter, Gerätebeauftragter, Psychiatrische Krankenpflege
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Beratung und Vermittlung beim Bedarf alternativer Kommunikationsmethoden; Koordinierung des multiprofessionellen Teams (Kontakt zu Ärzt:innen, anderen therapeutischen Berufsgruppen, Versorgungsfirmen, etc.)
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	bei Bedarf wird Kontakt zum Sanitätshaus hergestellt
MP67	Vojtathérapie für Erwachsene und/oder Kinder	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	gemeinsam mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM62	Schuleteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Es stehen ein Bewegungsraum, ein Fitnessraum, eine Werkstatt, Räumlichkeiten für Kunst- und Ergotherapie, Gemeinschaftsräume für Gruppenangebote/Spielerunden zur Verfügung. Jede Station hat eine eigene Küche nebst Speiseräume. Daneben gibt es Kreativ-, Bewegungs- und Entspannungsräume.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Mitarbeiterin Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Frau Bärbel Klindworth
Telefon	04261/77-2635
E-Mail	Baerbel.Klindworth@diako-online.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
BF23	Allergenarme Zimmer
BF24	Diätische Angebote
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige
BF38	Kommunikationshilfen
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
BF25	Dolmetscherdienst
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten

A-8.2 **Ausbildung in anderen Heilberufen**

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	In der Praxis für Ergotherapie kann die prakt. Ausbildung inkl. der prakt. Prüfung (versch. Berufsfachschulen) absolviert werden. Die ltd. Ergotherapeutin verfügt über die unbefristete Unterrichtsgenehmigung in Zusammenarbeit mit der BBA Oldenburg und ist berechtigt, prakt. Prüfungen abzunehmen.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	Pflegefachfrau/Pflegefachmann; Generalistische 3-jährige Ausbildung beginnt jedes Jahr am 1.04., 1.08. und 1.10.. Nach intensiven Theorieunterricht geht es auf die Stationen des AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG und den kooperierenden Einrichtungen (ambulanten Pflege/stationären Langzeitpflege)
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	In Ausbildung befindliche Physiotherapeuten können am Diakonieklinikum in Zusammenarbeit mit dem AGAPLESION REHAZENTRUM ROTENBURG ihre Praktika in allen Bereichen der Physiotherapie ableisten. Auch die praktische Prüfung des Staatsexamens wird an unserem Haus durchgeführt.

A-9 Anzahl der Betten

Betten

Betten	50
--------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	192
-------------------------	-----

Teilstationäre Fallzahl	85
-------------------------	----

Ambulante Fallzahl	6339
--------------------	------

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,61	
Ambulant	1,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,62	
Nicht Direkt	0,11	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,95	
Ambulant	0,84	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,68	
Nicht Direkt	0,11	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 12,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,88	
Ambulant	2,47	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,35	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,73	
Ambulant	0,68	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,41	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,49	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,61	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 1,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,39	
Ambulant	0,59	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,98	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 13,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,49	
Ambulant	4,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,56	
Nicht Direkt	0	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 1,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,17	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,67	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,14	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,3	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,13	
Ambulant	3,87	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11	
Nicht Direkt	0	

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,14	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,3	
Nicht Direkt	0	

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Anzahl Vollkräfte: 12,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,83	
Ambulant	3,93	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,76	
Nicht Direkt	0	

SP08 - Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger

Anzahl Vollkräfte: 1,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,06	
Nicht Direkt	0	

SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,34	
Ambulant	0,57	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,91	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,39	
Ambulant	0,59	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,98	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 13,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,49	
Ambulant	4,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,56	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 1,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,93	
Ambulant	0,93	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,86	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 9,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,2	
Ambulant	2,94	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,14	
Nicht Direkt	0	

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl Vollkräfte: 0,33

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,23	
Ambulant	0,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,33	
Nicht Direkt	0	

SP58 - Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 1,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,17	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,67	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patient:innenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements		
Funktion	Leitung Medizinmanagement und Qualität	
Titel, Vorname, Name	Frau Maren Eggeling	
Telefon	04261/77-2019	
Fax	04261/77-2626	
E-Mail	m.eggeling@diako-online.de	

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	1. monatlicher Turnus-Termin mit der Geschäftsführung 2. vierteljährlich Expertenboard Prozess- und Qualitätsmanagement: Treffen aller Qualitätsmanagementbeauftragten des Agaplesion Konzerns
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 *Instrumente und Maßnahmen*

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGAPLESION Management- und Risikobewertung Datum: 06.12.2017	- AGA Meinungsmanagement t Rahmenkonzeption - AGA Qualitätspolitik Richtlinie - AGA Interne Qualitätssicherung Rahmenkonzeption - AGA Externe Rahmenkonzeption - AGA Qualitätsbericht Richtlinie - AGA Management- und Risikobewertung Formular - AGA Dokumentenmanagement Richtlinie - AGA EinsA Qualitätsversprechen Information - AGA Audit Rahmenkonzeption - AGA CIRS Rahmenkonzeption - AGA Patient:innensicherheit Richtlinie
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		QM-gesteuerte abteilungsspezifische Planung von Fortbildungsmaßnahmen. Darüber hinaus Fortbildungsangebote für jede Berufsgruppe über die Rotenburger Akademie. Übernahme der Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen in der Weiterbildung durch das Haus.
RM03	Mitarbeiter:innenbefragungen		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Klinisches Notfallmanagement ist eingerrichtet Datum: 01.04.2015	- Reanimationsteams 24h verfügbar - Expertenkreis Notfallbeauftragte der Stationen - Notfallrucksack auf allen Stationen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
			<ul style="list-style-type: none"> - Megacode-Trainings für Notfallbeauftragte - jährliche Reanimationsübungen
RM05	Schmerzmanagement	Name: Akutschmerzdienst; Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege Datum: 01.04.2015	<ul style="list-style-type: none"> - Akutschmerzdienst für alle stationären Patient:innen durch hausinterne Schmerzmediziner. - Datenbasierte Auswertung (MEDLINQ-Schmerzvisite) und Patient:innenbefragung zur Schmerzbehandlung. - Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen ist umgesetzt.
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege Datum: 22.03.2016	<ul style="list-style-type: none"> - Der Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege ist umgesetzt. - Strukturierte Erfassung des Sturzrisikos und Auswertung der Ereignisse.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege Datum: 23.01.2020	Patient:innen mit individuellen Dekubitusrisiko erhalten eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert. Elektronische Wund- und Verlaufsdocumentationen.
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Verfahrensanweisung Fixierungsmanagement Datum: 13.08.2020	Die Fixierung von Patient:innen darf nur durchgeführt werden, wenn eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Aus ethischen Gründen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
			kommt sie nur dann in Frage, wenn andere, weniger einschneidende Maßnahmen nicht zum Erfolg führen und müssen auf das unbedingt notwendige Minimum beschränkt werden.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Störmeldeportal Medizintechnik; Verfahren beschrieben im Handbuch der Medizintechnik Datum: 27.07.2021	Ein Störmeldeportal für die Meldung von auftretenden Fehlfunktionen von Geräten ist eingerichtet, ein Verfahren zur Meldung festgelegt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel 	Zusätzlich finden tägliche Röntgenbesprechungen, Komplikationsbesprechungen (wöchentlich) und Indikationsbesprechungen (z.B. Endoprothetik) statt. Tumorkonferenz wöchentlich. MM-Konferenzen mind. quartalsweise. Qualitätszirkel in den zertifizierten Zentren.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Standardisierte Aufklärungsbögen werden hausweit eingesetzt und nach Eintragung individueller Angaben nach Aufklärung als Kopie den Patient:innen ausgehändigt.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Einsatz einer standardisierten OP-Checkliste (Risk-List) für Sicherheitsaspekte auf Station, vor der Einleitung und vor dem Eingriff. Team-Time-Out.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: Risk-List Datum: 12.09.2019	Risk-List mit entsprechenden Angaben wird standardmäßig eingesetzt.
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: Risk-List Datum: 12.09.2019	Teil der Risk-List
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patient:innenverwechslungen	Name: Patient:innenarmbänder Datum: 19.12.2019	Im stationären Bereich sowie bei allen ambulanten invasiven Maßnahmen wird durch das Anlegen des Patient:innen-Identifikationsarmbandes die Patient:innensicherheit erhöht. Das Patienten-Identifikationsarmband dient während des gesamten Krankenhausaufenthaltes dazu, die Identität der Patient:innen bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren, sowie das Risiko von Verwechslungen und deren Folgen auszuschließen, beispielsweise bei der Versorgung kognitiv eingeschränkter Patient:innen (z.B. Demenz, Sedierung), der Verabreichung (Applikation) von Medikamenten oder der Verlegung auf eine andere Station.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Verfahrensanweisungen bspw. im Handbuch des Akutschmerzdienstes Datum: 28.03.2018	Verfahrensanweisung für die postoperative Versorgung sind klinikspezifisch umgesetzt.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: Verfahrensanweisung Entlassmanagement Datum: 22.12.2020	Ziel des Entlassungsmanagements, welches sich auf den DNQP-Expertenstandard * „Entlassungsmanage

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
			ment in der Pflege“ stützt, ist die Gewährleistung einer adäquaten und kontinuierlichen Weiterversorgung jedes Patienten mit einem erhöhten Risiko von poststationären Versorgungsprobleme n.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Verbesserung Patient:innensicherheit	Das Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein Frühwarnsystem zur Schadensvermeidung. Die CIRS-Verantwortlichen analysieren die eingehenden CIRS-Meldungen und leiten meldekreisbezogen die

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	04.09.2019
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patient:innensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	über die Konzernzentrale AGAPLESION

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	6
Hygienebeauftragte in der Pflege	4

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Reinhard Kiefer
Telefon	04261/77-3200
E-Mail	rieket@diako-online.de



A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, wodurch ein standortspezifischer Standard für zentrale Venenverweilkatheter nicht nötig ist.

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Keine Intensivstation vorhanden
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Nein

A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: Hygiene-Netzwerk im Landkreis Rotenburg (Wümme)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

A-12.4 Patient:innenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Eingeführt Anfang 2012 und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	
Regelmäßige Ärzt:innenbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Alle 3 Jahre in den zertifizierten Organzentren
Regelmäßige Patient:innenbefragungen		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Alle 3 Jahre in den zertifizierten Organzentren

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	http://www.diako-online.de/Online-Meinungsbogen
Kommentar	zusätzliche Meinungskarten

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Sekretariat Theologischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Iris Kahnert
Telefon	04261/77-2213
Fax	04261/77-2002
E-Mail	LOBundKRITIK@diako-online.de



Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Patient:innenservice und Hausmanagement
Titel, Vorname, Name	Garbriela Hillert
Telefon	04261/77-2213
Fax	04261/77-2002
E-Mail	LOBundKRITIK@diako-online.de

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Sekretariat Theologischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Iris Kahnert
Telefon	04261/77-2213
Fax	04261/77-2002
E-Mail	LOBundKRITIK@diako-online.de



Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Funktion	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gerd Smolka
Telefon	04261/2647209-
E-Mail	patientenfuersprecher@diako-online.de



Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? Ja - Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person

Angaben zur Person Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Verantwortliche Person AMTS

Funktion	Leiter der Apotheke
Titel, Vorname, Name	Christian Hader
Telefon	04261/77-6390
Fax	04261/77-6377
E-Mail	C.Hader@diako-online.de



A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	7
Weiteres pharmazeutisches Personal	9

A-12.5.4 *Instrumente und Maßnahmen*

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patient:innenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z.B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besondere risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen.

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patient:innenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patient:innen als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patient:inneninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patient:innenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patient:inneninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Name: Verfahrensanweisungen zur Anordnung, Freigabe, Stellen der Medikamente (4-Augen-Prinzip) und Dokumentation verabreichter Medikamente Letzte Aktualisierung: 21.04.2020
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von Patient:inneninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	steht am Hauptstandort, dem AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg (Wümme), zur Verfügung.
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	steht am Hauptstandort, dem AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg (Wümme), zur Verfügung.
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Ja	steht am Hauptstandort, dem AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg (Wümme), zur Verfügung.

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung Ja (siehe A-14.3)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt

Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde? Nein

Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden? Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
Fachabteilungsschlüssel	3000
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Malte Mechels
Telefon	04261/77-6402
Fax	04261/77-6405
E-Mail	kjp@diako-online.de
Straße/Nr	Verdener Straße 200
PLZ/Ort	27356 Rotenburg
Homepage	http://www.diako-online.de



B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kommentar
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Verschiedene ambulante, teilstationäre und stationäre Gruppentherapien, teilweise unter Einschluss der Eltern, ergänzen das Behandlungsangebot.
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	Besondere Kooperationsstrukturen mit Ämtern und Jugendhilfeeinrichtungen stellen sicher, dass Kinder mit Auffälligkeiten, Störungen und Erkrankungen rasch und kompetent versorgt werden.
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	Auf zwei tagesklinischen Stationen werden insgesamt 25 Kinder unter 14 Jahren behandelt.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	192
Teilstationäre Fallzahl	85

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F43	37	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
2	F92	16	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens
3	F07	12	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
4	F33	9	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
5	F93	9	Störung des Gefühlslebens bei Kindern
6	F94	9	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend
7	F60	8	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
8	F40	6	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen
9	F90	6	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	F91	6	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen
11	F20	5	Schizophrenie
12	F50	4	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)
13	F41	< 4	Sonstige Angststörung
14	F42	< 4	Zwangsstörung
15	F45	< 4	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung

B-1.6.2 *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

B-1.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	<p>Terminvergabe und Routineanfragen</p> <p>Montag bis Donnerstag 09:00 - 12:00 Uhr 14:00 - 16:00 Uhr</p> <p>Freitag 09:00 - 12:00 Uhr</p> <p>Tel: (04261)77-64 02 09:00 - 12:00 Uhr</p> <p>Für Notfälle stehen wir Ihnen selbstverständlich rund um die Uhr zur Verfügung. Tel. 04261 77-6402 Fax 04261 77-6405</p>
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien (VK21)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes (VK27)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)
Angebotene Leistung	Neuropädiatrie (VK34)
Angebotene Leistung	Pädiatrische Psychologie (VK28)
Angebotene Leistung	Psychosomatische Komplexbehandlung (VP13)

Privatambulanz	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Terminvergabe und Routineanfragen Montag bis Donnerstag 09:00 - 12:00 Uhr 14:00 - 16:00 Uhr Freitag 09:00 - 12:00 Uhr Für Notfälle stehen wir Ihnen selbstverständlich rund um die Uhr zur Verfügung. Tel. 04261 77 - 6402 Fax 04261 77 - 6405
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien (VK21)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes (VK27)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)
Angebotene Leistung	Neuropädiatrie (VK34)
Angebotene Leistung	Pädiatrische Psychologie (VK28)
Angebotene Leistung	Psychosomatische Komplexbehandlung (VP13)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Ärzt:innenverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Ärzt:innen-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 38,5 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,61	
Ambulant	1,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,62	
Nicht Direkt	0,11	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 73,56322

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,95	
Ambulant	0,84	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,68	
Nicht Direkt	0,11	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 98,46154

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Fachärzt:innenbezeichnung (Gebiete, Fachärzt:innen- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 12,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,88	
Ambulant	2,47	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 19,4332

Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,73	
Ambulant	0,68	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 70,32967

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,49	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 391,83673

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP20	Palliative Care

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 1,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,39	
Ambulant	0,59	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,98	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 138,1295

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 13,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,49	
Ambulant	4,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,56	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 20,23182

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 1,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,17	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 164,10256

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,14	
Ambulant	0,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 168,42105

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,13	
Ambulant	3,87	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 26,92847

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	356	98,3	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.
Geburtshilfe (16/1)	1082	97,7	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	222	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	102	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	12	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	11	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	197	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	179	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	19	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	87	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	15	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	25	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	8	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Karotis-Revaskularisation (10/2)	84	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	54	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	40	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	15	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Mammachirurgie (18/1)	254	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Neonatalogie (NEO)	231	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	464	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_END O)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen (HTXM)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz- Lungentransplantation (LUTX)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

¹In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Nierentransplantation (PNTX) ²	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI_LKG)	635	99,7	

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A.1 Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Trifft nicht zu.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Trifft nicht zu.

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Trifft nicht zu.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Trifft nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	17
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	1
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	1

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Trifft nicht zu.

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Trifft nicht zu.

D Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich. In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen und Pandemien, wie zum Beispiel Corona, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements und insbesondere der Qualitätssicherung, um die definierte Qualität messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten.

Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION Verbundes und der jeweiligen Einrichtung in einem digitalen Qualitätsmanagementhandbuch haben. Für alle Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expertenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Sie tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf. Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



Audits

Audits sind geplante, gezielte und unabhängige Bewertungen, in welchem Maße interne oder externe Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Erfüllungsgrad und ggf. Abweichungen werden von sog. Auditoren bewertet und dokumentiert.

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten analysieren wir die sog. Kernprozesse und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten Führungs- und Unterstützungsprozesse werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft.

Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung innerhalb festgelegter Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.

Risikomanagement

Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen seit vielen Jahren in einem anonymen Meldesystem auf Risiken, die sie in ihrem Alltag erleben, aufmerksam machen. Dieses Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhafte Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des Risikomanagementbeauftragten des Hauses werden die gemeldeten Situationen einer gründlichen Analyse unterzogen. Als Ergebnis werden Lösungsstrategien und Maßnahmen entwickelt, wie das entdeckte Risiko minimiert, vermieden oder in anderer Weise beherrscht werden kann. Abschließend werden die Veränderungen z. B. bei Prozessschritten oder Verantwortlichkeiten, an die betroffenen Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeiter:innen für Risiken zu sensibilisieren und diese rechtzeitig aufzudecken. Der offene Umgang mit dem Thema der möglichen Fehler hat bereits spürbar zu einer Sicherheitskultur im Unternehmen geführt. Unser Ziel ist, uns weiterzuentwickeln und noch achtsamer im Umgang mit Fehlern und Beinahe-Schäden zu sein.

Die Einhaltung der Patientensicherheit ist eine Grundvoraussetzung bei allen Prozessschritten. Wir setzen in unserem Haus in allen relevanten Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten im Rahmen des ambulanten und stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen. Das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen wollen wir mit der korrekten Anwendung der Standards ausschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich, teilweise im ambulanten Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten, zum Beispiel im OP, zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
- Hygienekonzeption und –standards

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patientensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



Silber-Zertifikat der „Aktion Saubere Hände“



Zertifiziertes Managementsystem nach ISO/IEC 27001:2013 durch den TÜV Rheinland



Zertifiziertes Brustkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Zertifiziertes Magenkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Zertifiziertes Viszeralonkologisches Zentrum mit den Tumorentitäten Darmkrebs und Magenkrebs der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



Beteiligung am
Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) der
Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung
DGUV



Zertifizierung als überregionales
Traumazentrum und TNW Bremen im
TraumaNetzwerk DGU im Auftrag der
Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie



Pathologisches Institut/ Fachbereich Pathologie
des Medizinischen Versorgungszentrums
(MVZ): Akkreditierung der Kompetenz nach
DIN EN ISO/IEC 17020:2012 als
Inspektionsstelle TYP C durch die DAKKS



Zertifiziertes Gefäßzentrum der Deutschen
Gesellschaft für Gefäßchirurgie und
Gefäßmedizin und der Gesellschaft für
medizinische Radiologie



Zertifizierung als EndoProthetikZentrum durch
die Firma ClarCert nach den Vorgaben der
Initiative EndoCert.



Zertifizierung „Epilepsiezentrum für
Erwachsene“ der Deutschen Gesellschaft für
Epileptologie e.V.
und der Arbeitsgemeinschaft für prächirurgische
Epilepsiediagnostik und operative
Epilepsitherapie e.V.



Zertifizierte Überregionale Stroke Unit (8
Betten) nach Qualitätsstandard der Deutschen
Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung
Deutsche Schlaganfall-Hilfe



CPU zertifiziert nach der
Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz-
und Kreislaufforschung e.V.

Zertifiziertes Tuberöse Sklerose-Zentrum
Nordwest der Tuberöse Sklerose Deutschland
e.V.

Zertifizierter Teil des Muskelzentrums Nordwest
der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke



Qualitätspartnerschaft PKV

Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit dem Meinungsgeber eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanager:innen bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.

Die gewonnenen Meinungen zu Abläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiter:innenverhalten fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein, und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Anpassung unseres Angebots.

Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

Die Innovationsfähigkeit unserer Einrichtung zeichnet uns als modernen Gesundheitsdienstleister und attraktiven Arbeitgeber aus.

Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter:innen, aber auch unserer Kooperationspartner:innen und einweisenden Ärzt:innen. Deshalb führen wir regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen durch, z. B.:

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Gefäß- und Darmzentrum

Anhand der gewonnenen Ergebnisse lassen sich Stärken und Schwächen unserer Einrichtung ermitteln und konkrete Verbesserungsmaßnahmen ableiten.

Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt die Bearbeitung komplexer Projekte, die verschiedenen Verantwortungsbereiche sowie bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen. Unter der Berücksichtigung der sechs AGAPLESION Kernwerte, erfolgt eine Werteorientierte Projektauswahl, Planung und Umsetzung.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2020 unter anderem die drei folgenden:

Aufbau Kinderschutzgruppe

Als ein zusätzlich wichtiger Baustein für den Kinderschutz in Niedersachsen wurde am AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gGmbH eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Kinderschutzgruppe (KSG) gegründet. Die Kinderschutzgruppe hat es sich zur Aufgabe gemacht, gefährdende Lebenssituationen von Kindern und damit Unterstützungsbedarfe von Familien zuverlässig zu erkennen sowie, die für den Schutz der Kinder erforderlichen Hilfen, einzuleiten. Für die Verdachtsabklärung und Einschätzung von Kindeswohlgefährdung (KWG) steht ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Team aus den Fachbereichen Pädiatrie, SPZ, Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik sowie dem Sozialdienst zur Verfügung.

Einrichtung eines internen Corona-Testzentrums

Das Konzept „Teststrategie SARS-CoV-2“ dient dem bestmöglichen Schutz der Mitarbeitenden und PatientInnen vor einer Infektion mit COVID-19 sowie vor der Verhängung weitreichender Quarantänemaßnahmen durch die Gesundheitsämter. An zentraler Stelle im Diakonieklinikum wird ein Testzentrum auf SARS-CoV-2 für elektiv aufzunehmende PatientInnen eingerichtet. Noch vor der administrativen Aufnahme erfolgt dort die Testung mittels eines AG-Schnelltests. Besucher: innen und Begleitpersonen von stationären Patient: innen müssen zwingend ein aktuell gültiges negatives Testergebnis auf eine Infektion mit SARS-CoV2 vorlegen. Von 14.00-16:00 Uhr werden Antigen-Schnelltestungen für Besucher: innen im Testzentrum des Klinikums angeboten.

Etablierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist ein ganzheitlicher und berufsgruppenübergreifender Prozess. Grundsätzlich verfolgt BGM das Ziel, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Prozesse im Berufsalltag zu entwickeln. Der Erhalt und die Förderung der psychischen, physischen und sozialen Gesundheit stehen im Mittelpunkt! Folgende beispielhafte Maßnahmen und Angebote bietet das BGM am Diakonieklinikum an: Standortnahe Ferienbetreuung für Mitarbeiterkinder, Kursprogramm mit vielen verschiedenen gesundheitsförderlichen Angeboten, Interventionen und Beratungen bei Teamkonflikten, die Gesundheitsapp und die bewegten Pausen.